

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 juillet 1886 à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par M. PFLIMLIN

Né à Oltingen, le 1^{er} Octobre 1859

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Rétrécissement spasmodique de l'Oesophage

Président de la Thèse : M. PÉTER

Jury : MM. { LANNELONGUE, professeur.
TROISIÈRE, agrégé.
PEYROT, id.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N° —

236

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 juillet 1886 à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par M. PFLIMLIN

Né à Oltingen, le 1^{er} Octobre 1859

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Rétrécissement spasmodique de l'Œsophage

Président de la Thèse : M. PÉTER

Jury : MM. { LANNELONGUE, professeur.
TROISIÈRE, agrégé.
PEYROT, id.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BÉCLARD.

Professeurs :

MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON.
	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale	HARDY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	RICHEL.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires : GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.
BOUILLY.	GUÉBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESS.
BUDIN.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANOT.	POUCHET.	C. RICHEL.
CHARPENTIER	HANRIOT.	QUINQUAUD.	A. ROBIN.
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
PARABEUF, chef des	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
travaux anatomi-	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
ques.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE & A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma tendre affection

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PETER

Professeur à la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie
de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES

DE BESANÇON & DE PARIS

A TOUS CEUX QUI SE SONT INTÉRESSÉS A MOI PENDANT LE COURS

DE MES ÉTUDES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RÉTRÉCISSEMENT SPASMODIQUE DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION. — DÉFINITION. — BUT

En donnant à notre travail le titre de. « *Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage* » nous n'avons jamais prétendu donner ici une étude méthodique et complète de l'affection. Nous ne nous sommes point dissimulé combien un cadre aussi vaste est au-dessus de notre portée, et d'ailleurs nous nous en tiendrons exactement au plan que comporte notre titre. Mais avant d'aller plus loin, il importe de déterminer d'une façon précise ce que nous entendons par « *Rétrécissement spasmodique.* »

Le rétrécissement spasmodique (σπάω, je contracte) de l'œsophage consiste en une constriction plus ou moins complète et durable du conduit pharyngo-œsophagien,

et pouvant ou produire une dysphagie absolue ou empêcher seulement la déglutition des aliments solides ou liquides. Etant donnée cette définition nous éliminons d'emblée tout ce qui a rapport aux rétrécissements dûs à des altérations organiques, à des compressions de voisinage, pour nous occuper uniquement des rétrécissements dûs à la contracture, à la constriction des muscles de l'œsophage. Rechercher les causes de ces rétrécissements spasmodiques, les grouper ensuite, enfin appeler, par quelques observations, l'attention sur le traitement de l'affection par le cathétérisme, tel est le but que nous nous proposons dans notre modeste travail. Dans le courant de nos recherches, nous nous sommes trouvé aux prises avec de nombreuses difficultés que les savants conseils de notre Maître, M. le professeur Péter, à qui nous devons l'idée de ce travail nous ont aidé à vaincre. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici publiquement l'expression de notre entière reconnaissance et de le remercier de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DIVISION. — Notre ouvrage comprendra trois parties :

Dans la première nous exposerons les différentes théories émises pour expliquer le spasme de l'œsophage.

Dans la seconde nous chercherons à grouper les causes et à établir leurs rapports avec l'affection.

La troisième comprendra le traitement de cette affection avec des observations à l'appui de son traitement par le cathétérisme.

I

HISTORIQUE

L'affection dont nous nous occupons est si fréquente que l'on s'étonne de voir combien peu les auteurs anciens s'en sont préoccupés. Les rétrécissements de l'œsophage furent pourtant signalés dès l'antiquité, surtout au point de vue des troubles fonctionnels qu'ils déterminent : c'est ainsi que Hippocrate mentionne la dysphagie convulsive qui accompagne le tétanos, il parle de deux malades qui, sur le point d'expirer, rejetaient les boissons par le nez. Nous traversons ensuite la période de moyen-âge sans relever la moindre mention des rétrécissements spasmodiques. Il faut arriver jusqu'au siècle dernier (1761), pour trouver sur cette maladie les premières notions précises qui aient été indiquées. Hoffmann ouvrit la voie et, depuis lors, de nombreux travaux se succédèrent, mais les auteurs n'y apportaient ni ordre, ni méthode : vient enfin Mondière qui en 1833, publia ses *Recherches sur l'œsophagisme*. Il eut l'honneur de tirer du chaos qu'avaient fait ses devanciers, la description de l'œsophagisme, qui est restée jusqu'à nos jours un travail complet sur ce point. Les auteurs n'y ont depuis ajouté que peu de chose.

PATHOGÉNIE. — Le rétrécissement spasmodique est le résultat de la contraction des muscles à fibres lisses. Or le système des muscles lisses étant caché dans les profondeurs de l'organisme et presque inaccessible aux expériences, nous devons nous attendre à ne pas trouver grand chose de précis sur la pathologie expérimentale. En effet les théories émises pour expliquer le spasme de l'œsophage sont nombreuses, mais plus hypothétiques les unes que les autres. Il n'est pas douteux que la contraction pathologique ou spasme obéisse, comme la contraction physiologique de l'acte de la déglutition, à l'influence du système nerveux. Quelle est cette influence ? Comment agit-elle ? Hoffmann la fait partir de l'inflammation de la partie supérieure de la moelle épinière. — Willis faisait dépendre le resserrement du gosier, dont se plaignent les femmes hystériques, d'une congestion du fluide nerveux dans les ganglions d'un nerf intercostal. Ces théories ne sont plus admissibles, l'état actuel de la science nous force à les rejeter sans même les discuter. Plus tard Prus, s'appuyant sur les connexions du pneumogastrique et de l'œsophage, attribuait les spasmes de l'œsophage presque exclusivement à ce nerf. — D'après Meissner et Auerbach, existeraient dans les parois de l'œsophage, comme dans tout le tube digestif, des plexus ganglionnaires en rapport avec le bulbe, par des nerfs, notamment par le nerf vague. La déglutition est un acte réflexe, le bol alimentaire en traversant le conduit œsophagien se trouve en contact avec l'extrémité des nerfs sensitifs de la muqueuse, il les excite, ceux-ci transmettent l'excitation au bulbe, qui, à son tour, au moyen des filets centri-

fuges du nerf vague, les renvoie aux plexus ganglionnaires ; enfin ces plexus ganglionnaires entrent en jeu pour commander aux muscles à fibres lisses, qui se contractent et le spasme est établi.

Goltz, physiologiste allemand, nous donne une théorie qui pour être ingénieuse n'en est pas moins hypothétique ; elle a du moins l'avantage d'être basée sur une observation. D'après cet auteur la moëlle allongée aurait une action modératrice sur les muscles de l'œsophage : une expérience qu'il a faite sur des grenouilles semble lui donner raison. En détruisant le cerveau et la moëlle, ou bien en sectionnant le nerf vague, il supprime l'influence de la moëlle allongée : or dans ces conditions il a vu survenir une contracture de l'œsophage et de l'estomac, contracture qui persistait pendant plusieurs heures consécutives ; il en a conclu que les « plexus intrinsèques de l'œsophage, à l'exemple des ganglions cardiaques, subissent de par l'influence spinale une diminution d'excitabilité : cette influence supprimée, l'excitabilité des plexus s'accroît au point que des excitations minimes, même non perceptibles, suffisent à tétaniser le muscle. » Hâtons-nous d'ajouter que Goltz n'a observé ces faits que chez des grenouilles ; ils ne peuvent donc encore servir de base à des déductions certaines. « Avec cette hypothèse le spasme de l'œsophage et de l'estomac succédant à l'irritation des nerfs périphériques s'expliquerait si l'on admet que l'impression transmise au bulbe par ces nerfs a pour effet de diminuer l'activité du centre modérateur hypothétique. » Toutes ces théories sont évidemment prématurées. Notre incompetence en la matière ne nous

permettant ni de les admettre comme bonnes, ni de les rejeter comme mauvaises, nous nous contentons de les signaler en passant, laissant à l'avenir le soin de les critiquer, d'établir la physiologie pathologique, la signification des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage. Peu importe d'ailleurs, au point de vue clinique, quel que soit le mécanisme précis qui réalise la contraction de l'œsophage. Il nous suffit, pour concevoir la pathogénie du rétrécissement spasmodique de l'œsophage, de savoir, 1^o qu'il existe dans ce conduit des ganglions moteurs ; qu'il peut donc y avoir excitation directe et manifestation sur place : 2^o : qu'il est en rapport avec les centres nerveux par des filets centripètes et centrifuges : que par conséquent l'excitation qui porte à distance peut être transmise et produire des manifestations du côté de ce conduit.

II

CAUSES

De ce qui précède il ressort que le rétrécissement spasmodique de l'œsophage est complètement sous la dépendance du système nerveux. Il ne se manifeste que chez certains individus prédisposés et cela à l'occasion des causes les plus futiles et les plus diverses. De là deux sortes de causes :

1° les causes prédisposantes qui tiennent à l'état général de la personne elle-même (causes idiopathiques.)

2° les causes occasionnelles, déterminantes, soit qu'une cause extérieure agisse, soit qu'un autre état pathologique influence, ou symptomatiquement ou sympathiquement, le système nerveux qui préside aux contractions des muscles lisses de l'œsophage.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — « La prédisposition, dit Chomel, gouverne en souveraine les rapports de l'occasion à la cause morbifique » Pourquoi en effet voyons-nous souvent plusieurs individus, vivant absolument dans les mêmes conditions, être atteints d'affections toutes différentes ? Exposés tous aux mêmes causes occasionnelles, les effets produits ne se ressemblent en rien. Ce fait ne peut

s'expliquer que par la différence de manière d'être de ces organismes au moment où la cause a agi et nous devons admettre avec Morganque, l'excitation morbide varie avec le récipient. » Les causes prédisposantes du spasme de l'œsophage tiennent au sujet même ou au milieu dans lequel il vit.

Parmi les causes prédisposantes il faut placer au premier rang le tempérament qui tient pour ainsi dire toutes les autres causes sous sa dépendance. Le rétrécissement spasmodique de l'œsophage est une névrose et comme tel, il est l'apanage des tempéraments nerveux. Sans tempérament nerveux il n'y a pas de névrose par suite pas de rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Le rétrécissement n'est pour ainsi dire qu'un symptôme plutôt qu'une maladie : il se rencontre surtout dans deux états pathologiques. J'ai nommé l'hystérie et l'hypochondrie. Chez les sujets atteints d'hystérie, cette sorte de spasme paraît se produire facilement et à l'occasion de la cause la plus insignifiante. Tantôt on les rencontre au moment de l'attaque, tantôt dans l'intervalle des crises. Tantôt et le plus souvent on voit ces spasmes chez des individus simplement nerveux et n'ayant jamais eu d'accidents hystériques, chez les gens impressionnables, atteints de *nervosisme* (Bouchut). Mais qu'est ce que ce soit disant *nervosisme* sinon une hystérie atténuée, une hystérie à formes frustes ? On doit donc être pénétré de cette idée, que dans la plupart des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage chez les hommes aussi bien que chez les femmes, il faut songer à l'hystérie. Écoutons plutôt nos maîtres.

M. le professeur Péter (gaz. des hôpitaux 1875) dit : « Le

rétrécissement spasmodique s'observe dans certaines conditions de nervosisme. » et M. le professeur Damaschino (Leçons sur les maladies des voies digestives.) « On rencontre surtout l'œsophagisme chez les femmes, car l'hystérie est une de ses causes les plus habituelles et remarquez bien que je dis l'hystérie, d'une façon générale, qu'il s'agisse de la forme convulsive, qui au moment de chaque grande attaque s'accompagne de spasme œsophagien ou bien que l'on ait affaire à l'hystéricisme. C'est même tout spécialement dans ce dernier cas que le rétrécissement spasmodique de l'œsophage apparaît. » C'est ce qui ressortira des observations que nous reproduisons plus loin.

Il nous serait facile de multiplier les observations de rétrécissement spasmodique de l'œsophage chez des gens atteints d'autres névroses : hypochondrie, catalepsie, éclampsie; nous nous abstiendrons d'insister davantage sur ce point, car ici encore c'est le même grand facteur, le *nervosisme* qui entre jeu : nous ne pourrions que répéter ce qui a déjà été dit. Toutefois mentionnons le cas de Roger relaté par Mondière ; il est typique. Il s'agit d'une femme hypochondriaque, qui, après avoir ressenti quelques picotements et un peu de douleur en mangeant un morceau de poulet ne peut plus, dans la crainte de s'étrangler, avaler aucun aliment solide.

L'hérédité est une autre cause prédisposante incontestable en tant que le nervosisme, l'hystérie est héréditaire. Le cas de Stevenson que nous relatons dans nos observations est là pour l'attester.

L'âge aussi est à considérer dans le rétrécissement spasmodique de l'œsophage : cette affection s'observe géné-

ralement de quinze à quarante ans, alors que le système nerveux est à l'apogée de ses fonctions.

Le sexe féminin est plus sujet à l'œsophagisme que le sexe masculin ; cela s'explique facilement par la plus grande impressionnabilité de la femme. On le trouve à peu près vingt fois plus souvent chez elle que chez l'homme. Etant donné le nervosisme de la femme, « le sexe dit M. le professeur Péter, joue un grand rôle dans l'étiologie de cette maladie. »

Il n'est pas permis de douter de l'action qu'exerce l'état social sur le développement du rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Cette affection est surtout une affection de la classe aisée, ou du moins de la ville : on ne la rencontre que rarement chez les campagnards.

C'est aussi la maladie des garçons marchands de vins, elle est liée ici à la gastrite, si fréquente chez les buveurs, ou à l'inflammation de l'œsophage même qui agissent sympathiquement pour produire le spasme. Nous rapporterons d'ailleurs deux observations où l'alcool par l'excitation produite en traversant le tube œsophagien paraît être l'unique cause du mal.

Les climats et les saisons ne peuvent pas trop être accusés d'exercer une influence réelle sur l'apparition de cette affection. Toutefois Mondière a cru devoir imputer un cas à un climat froid, un autre à une atmosphère chargée d'électricité.

CAUSES DÉTERMINANTES. — Nous avons dit plus haut que la prédisposition individuelle y étant, la moindre cause extérieure pouvait donner lieu à un rétrécissement spasmodique de l'œsophage.

Les causes extérieures sont très nombreuses et très variables : les passions tristes, la colère, la peur méritent une mention spéciale. Mondière rapporte une observation de Serres sur un malade qui, après une absence de vingt ans, qui apprenant que son frère avait succombé aux suites de la morsure d'un chien dont il avait été mordu lui-même, eut peur, fut pris d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage et succomba avec tous les symptômes de la rage. Tel est aussi le cas de Barthélemi, professeur à l'école d'Alfort, qui ayant été mordu par un chien malade se crut atteint de la rage et ne put rien avaler pendant quinze jours à cause du spasme de l'œsophage.

Certains médicaments peuvent aussi produire un spasme. M. Carron, médecin à Annecy, rapporte qu'un homme atteint de dyspepsie, prit, d'après les conseils d'un empirique une forte dose d'émétique; il eût des vomissements abondants, des douleurs d'estomac aiguës et au bout de quelques heures, la déglutition d'abord difficile, était devenue impossible. L'œsophage était si hermétiquement fermé, que le malade ne pouvait avaler même du liquide (Mondière). Nous pouvons rapprocher de ce cas celui que M. le professeur Peter a publié dans la gazette des hôpitaux et que nous reproduisons presque textuellement... « J'ai eu occasion de voir, dit-il, dans ces derniers temps, une dame qui éprouvait les plus grandes difficultés pour avaler. Les accidents étaient survenus chez elle après une saison intempestive sur les bords de la mer. C'est à dessein que je me sers de cette expression de « saison intempestive ». Il est de mode aujourd'hui, chez les gens riches, d'aller tous les ans pour quelques

mois aux bains de mer. Or cette habitude peut être mauvaise pour certains individus, parce que l'eau et l'air de la mer, étant des moyens de médication très énergiques, peuvent lorsqu'ils sont intempestivement mis en œuvre, nuire à la santé de ceux qui y ont recours sans en avoir besoin. Les personnes nerveuses se trouvent parfois, en effet, très mal des bains et de l'air vif de la mer..... Cette dame avait donc été inopportunément prendre des bains de mer et c'est en effet à partir de ce moment qu'elle commença à éprouver une excitation nerveuse extrême et que la déglutition devint difficile. » En raison de cet état de nervosisme, M. le professeur Peter diagnostiqua un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, il appliqua le traitement approprié à cette affection et la guérison rapide de la malade est venue confirmer son diagnostic.

Le passage du bol alimentaire à lui seul suffit quelquefois pour réaliser la production d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage ; il en est de même des substances les plus variées. Différentes observations d'auteurs viennent à l'appui de ce que nous avançons. Roques a cru devoir l'attribuer à la jusquiame ; Alibert à l'arsenic et aux champignons ; Sielig aux fruits de hêtre. Après cela il est facile de concevoir que le passage de corps étrangers peut donner lieu au même résultat ; Mondière en rapporte un cas : Un vieillard avait avalé un gros morceau de tendon de bœuf, tout à coup il éprouva une sensation de gêne très prononcée, comme si le morceau de tendon s'était arrêté à l'œsophage ; tourmenté par des efforts inutiles de déglutition sans pouvoir avaler même la salive, ni aucune goutte de liquide. Il s'adressa à Mondière. Une sonde fut

introduite dans l'œsophage, la sensation disparut spontanément.

Nous avons déjà fait allusion au froid et à l'air atmosphérique comme cause de rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Il nous faut ajouter à la liste de ces causes extérieures les traumatismes de tout genre.

Enfin pour terminer cet exposé des causes de l'affection qui fait le sujet de ce travail, nous devons une mention toute particulière aux causes de nature sympathique. Parmi les organes dont les altérations peuvent sympathiquement produire le rétrécissement spasmodique de l'œsophage, il faut compter surtout le larynx, les poumons, l'utérus et ses annexes, enfin l'estomac et les intestins. Howship (rapporté par Mondière) relate deux cas où le rétrécissement spasmodique de l'œsophage coïncidait avec une ulcération du larynx et avec une tuberculose pulmonaire. Mondière rapporte le cas d'une femme atteinte en même temps de rétrécissement spasmodique de l'œsophage et de ménorrhagie; cette dernière maladie guérie, le spasme cessait aussi. Nous même nous rapporterons plus loin une observation où le spasme de l'œsophage coïncide avec la suppression de la menstruation. Les cas des rapports des maladies de l'estomac avec l'œsophagisme ne sont plus à compter. Uberto Bettoli (Bibliothèque médicale) cite un cas où le spasme de l'œsophage cessait avec l'évacuation d'un tœnia. Nous pourrions multiplier à l'infini les observations où le rétrécissement spasmodique a été produit sympathiquement par l'altération d'autres organes; nous n'avons fait allusion qu'aux causes les plus fréquentes pour nous occuper de la troisième et der-

nière partie de notre travail : du traitement du rétrécissement spasmodique de l'œsophage, dans laquelle nous exposerons nos observations à l'appui du traitement par le cathétérisme.

III

TRAITEMENT

Nous avons vu d'après ce qui précède combien les circonstances dans lesquelles peut se produire le rétrécissement spasmodique de l'œsophage sont nombreuses et variées; nous avons vu aussi que la maladie qui nous occupe n'est le plus souvent qu'une manifestation, qu'un symptôme d'un autre état pathologique. La première chose dans le traitement de toute maladie étant d'en attaquer la cause, nous devons diriger tout d'abord nos efforts contre ces états pathologiques antérieurs, nous devons faire cesser ces causes primordiales, c'est-à-dire traiter ces maladies causales. Exposer la thérapeutique complète du rétrécissement spasmodique de l'œsophage reviendrait donc à exposer la thérapeutique de toutes ces maladies causales prises en particulier : un pareil cadre serait trop vaste, aussi nous contenterons-nous d'un aperçu général et nous formulerons notre traitement comme il suit. Le traitement du rétrécissement spasmodique de l'œsophage comprend un élément médical et un élément chirurgical : cette affection est-elle symptomatique d'une lésion locale ou sympathique d'une lésion d'organe éloigné ou d'une né-

vrose, c'est à cette maladie, qui entretient le spasme que devra s'adresser la thérapeutique en même temps qu'on luttera localement et mécaniquement contre le spasme; si la cause échappe on n'attaquera que le spasme lui-même et cela localement.

Le spasme est une contraction des muscles à fibres lisses; cette contraction est sous la dépendance d'un acte réflexe: or en physiologie pathologique on admet que toute contraction réflexe est due en partie à une excitabilité anormale de l'appareil nerveux moteur, en partie à une excitation également anormale de cet appareil. De là deux modes de traitement pour combattre efficacement l'affection qui nous occupe, le premier sera dirigé contre la cause individuelle, idiopathique, contre l'excitabilité nerveuse, le nervosisme, cause prédisposante par excellence. — Le second contre l'excitation anormale de cet appareil, contre les causes déterminantes, occasionnelles, symptomatiques et sympathiques.

Le rétrécissement consécutif à l'excitabilité a été l'objet des mélications les plus diverses; tous les calmants et anti-spasmodiques y ont passé et cela sous toutes les formes, en potions, en pilules, en lavements, en pommades. Presque tous ont quelques succès à leur actif; mais le nombre des médicaments employés est une preuve évidente de leur effet inconstant. Parmi eux certains jouissent d'une réputation justement méritée. Tels sont le bromure de potassium, l'assa foetida, les opiacés qui réussissent en tant que calmants du système nerveux. La valériane, le camphre, la belladone, la jusquiame comptent également quelques succès. Le musc, l'iodure de potassium ont

réussi entre les mains de MM. Jaccoud et Hamburger; la strychnine portée progressivement jusqu'à deux centigrammes est vantée par Mathieu. Quant aux causes déterminantes, excitantes du système nerveux nos efforts consistent à les rechercher et à les combattre par les moyens appropriés, en même temps que nous attaquerons le spasme localement. La plupart du temps c'est une œsophagite, une gastrite ou une affection utérine qui attirera notre attention. Quant aux moyens de combattre localement le spasme, ils ne sont pas nombreux, mais du moins, hâtons-nous de le dire, il en existe un que nos observations nous forcent à considérer comme la médication par excellence, il paraît, en effet, avoir réussi le plus souvent, c'est le cathétérisme, auquel on a été conduit par analogie. On avait remarqué depuis longtemps qu'il y avait une grande analogie entre les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage et certains rétrécissements de l'urèthre. On pensa qu'ils devaient être de même nature et par conséquent céder au même traitement. Or les cas de guérison de rétrécissement de l'urèthre par le cathétérisme n'étaient plus à enregistrer, il n'était pas un chirurgien qui n'ait eu l'occasion d'examiner, de traiter ainsi et guérir des coarctations de ce genre.

Ces faits ont dû conduire à proposer l'emploi des cathéters pour traiter les spasmes de l'œsophage; ce moyen a pleinement réussi. Le cathéter est d'ailleurs l'arme vers laquelle le médecin dirige toujours la main pour combattre de plus près et plus sûrement les rétrécissements de toute nature. C'est un moyen de s'adresser directement à l'obstacle à franchir, moyen mécanique dont l'intervention

sera indiquée surtout dans les cas si fréquents où le médecin, au cours de ses recherches étiologiques, ne sera pas arrivé à rattacher le spasme à sa vraie cause, aussi bien que dans ceux où la médication pharmaceutique n'aura pas produit les effets qu'on en attendait. Les données du cathétérisme n'ont pas seulement une valeur diagnostique incontestable; non seulement il nous permet d'explorer les profondeurs des voies naturelles, de toucher et pour ainsi dire de voir des régions que l'œil ni la main ne sauraient atteindre, il prend encore, dans le traitement, suivant l'expression de Seney (thèse 1873) « une importance légitimée par de nombreux et bons services. »

Le cathétérisme a une action toute particulière sur tous les rétrécissements spasmodiques. C'est très souvent le seul traitement à opposer à ces affections. En chirurgie il est très commun de voir un spasme de l'urèthre céder par le seul fait d'un cathétérisme pratiqué sans le moindre effort, et même dans des spasmes tenaces c'est la plupart du temps, pour ne pas dire toujours, la seule ressource efficace. Le mécanisme par lequel il agit nous échappe complètement: Agit-il sur la coarctation? Nous ne saurions le dire. Le contact du cathéter suffit-il à modifier l'excitation de la sensibilité de façon à provoquer une détente? C'est probable et c'est ce qu'on a généralement lieu de constater. Peu nous importe d'ailleurs au point de vue clinique de savoir comment il agit. Il est incontestable que très souvent le cathétérisme a eu raison de spasmes de l'œsophage et par conséquent on ne doit jamais négliger d'y recourir et surtout on ne doit jamais l'abandonner trop tôt.

Mondière conseillait déjà le cathétérisme comme moyen

de traitement des spasmes de l'œsophage; il avait eu quelques succès; nous rapporterons plus loin une observation relatée par lui dans ses *recherches sur l'œsophagisme*. Depuis, tous les praticiens ont recours à ce moyen, mais la plupart ne persistent pas assez longtemps; si le spasme reparait au bout de quelque temps, ils rejettent leur traitement comme inefficace. C'est un tort; si quelquefois on peut compter sur une détente soudaine, il n'en est pas toujours de même. Le simple œsophagisme cède très souvent au premier cathétérisme; mais rappelons-nous qu'il est relaté des cas de rétrécissements spasmodiques qui n'ont cédé qu'après plusieurs semaines et plusieurs mois d'un traitement par le cathétérisme, alors que tous les autres moyens employés depuis des années avaient complètement échoué. Avant d'abandonner complètement le cathétérisme, adressons-nous plutôt à la dilatation temporaire et progressive. M. le professeur Trélat qui recommande ce moyen, le considère comme devant presque toujours triompher de la contracture permanente et du spasme passager. Broca en 1869 a présenté à la société de chirurgie une observation d'un cas de rétrécissement spasmodique de l'œsophage guéri par la dilatation forcée. Sans recommander ce moyen extrême que tout le monde ne peut pas employer nous conseillons le cathétérisme dans tous les cas de spasme simple de l'œsophage. Vous pourriez nous demander quels instruments l'on doit employer pour cette opération.

Il nous est difficile de répondre à cette question : les instruments peuvent varier à l'infini et cette variété n'a de limites que dans les conditions propres à chaque indi-

vidu et suivant le besoin de l'opération. On avait remarqué depuis longtemps que des malades atteints de rétrécissements spasmodiques de l'œsophage pouvaient parfois avaler certains corps volumineux; d'autre part dans certains rétrécissements spasmodiques de l'urèthre on pénétre bien plus facilement avec de grosses sondes qu'avec de fines bougies. Ces faits ont fait proposer des cathéters volumineux. Pour nous, nous ne serons pas si cathégoriques; nous ne conseillerons pas plus le cathéter volumineux que celui à petit calibre. Nous conseillons le cathéter que nous conseillons de choisir suivant les indications que la marche de la maladie fournira. Nos observations personnelles nous ont permis de constater que les sondes de petit calibre étaient tout aussi bonnes que celles d'un calibre plus gros: ce fait peut paraître étrange; mais il prouverait une fois de plus que le simple contact du cathéter suffit pour provoquer une dilatation. Le simple cathéter à olive peut servir la plupart du temps; la sonde œsophagienne ordinaire est le cathéter qu'on a le plus souvent sous la main et comme telle c'est elle qui rendra le plus de service. D'autres instruments se rapprochant plus ou moins du cathéter à olive et de la sonde œsophagienne simple peuvent servir. Tels sont l'éponge de Green, les bougies armées ou non de mandrins variés, la pince de Broca.

Sans insister davantage sur la valeur du cathétérisme nous allons reproduire quelques observations à l'appui de notre thèse en nous attachant particulièrement à l'étiologie de l'affection et à son traitement par le cathétérisme.

OBSERVATION I (*rapportée par Mondière*)

Une femme d'une constitution nerveuse et irritable, fut vers l'âge de vingt ans atteinte d'une violente cynanche maligne. Devenue bientôt mère, sa santé fut pendant quelques années très délicate et elle ne tarda pas à éprouver quelque difficulté à avaler, accompagnée de douleur et de salivation. Le traitement qui fut administré consista en apéritifs, sangsues et vésicatoires. Malgré ces moyens la déglutition devint de plus en plus difficile et la malade fut incapable d'avaler des aliments solides. Chargé du traitement à cette époque, Smith de Nottingham administra le mercure qui détermina une salivation qui dura trois mois. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes diminuèrent, la déglutition devint plus facile et la malade put avaler des aliments d'une consistance assez grande.

Ce mieux ne fut que de courte durée, car aussitôt que la malade fut sortie de l'état de faiblesse où l'avait jetée la salivation, la dysphagie reparut, et même avec plus d'intensité. Lorsque le docteur Stevenson fut appelé à lui donner des soins elle avait près de quarante ans et depuis sept ans elle ne vivait que de liquides et encore n'était-ce qu'avec peine qu'elle parvenait à avaler un peu. La douleur que la malade éprouvait alors était si vive que souvent elle était prise de convulsion. Stevenson pratiqua le cathétérisme à plusieurs reprises, à quelques jours d'intervalle, et après une quatrième introduction de la sonde, la malade fut capable d'avaler, mais encore avec difficulté, des aliments solides : encouragé par ce succès Stevenson continua à pratiquer encore le cathétérisme et bientôt la malade put manger sans la plus légère incommodité, les accidents ne reparurent plus.

Ce moyen réussit également chez la fille de cette malade : Agée

de vingt ans, nerveuse, tourmentée presque depuis sa naissance par des difficultés d'avaler des aliments solides, elle vint se faire soigner chez le docteur Stevenson qui avait guéri sa mère, confiante en l'efficacité du traitement qui avait réussi à sa mère, elle ne tarde pas à manger très facilement.

OBSERVATION II

(M. le professeur Peter. Gaz. des hôpit., 1885). Leçon faite au lit du malade.

Je voudrais aujourd'hui attirer votre attention sur le cas d'un malade couché au n° 8 de la salle St-Antoine. Cet homme qui m'a été adressé par un de mes collègues de la société de médecine de Paris, M. le docteur Gillebert d'Hercourt fils, qui le voyait depuis quelque temps déjà, paraît doué d'un tempérament assez nerveux. Cet homme qui exerce la profession de sergent de ville avale difficilement depuis plusieurs années et depuis quelque temps surtout, la déglutition est devenue particulièrement pénible. Il lui arrive assez fréquemment que, sans cause connue, les substances ingérées s'arrêtent en un point de l'œsophage correspondant à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du sternum, et s'il ne peut vaincre la difficulté qui s'oppose au passage des aliments, ceux-ci s'accumulent jusqu'à l'arrière bouche, et finissent par être vomis.

Lorsque vous vous trouvez en présence de symptômes aussi évidents, il n'y a pas à douter, vous avez affaire à un rétrécissement de l'œsophage. Mais à quelle cause celui-ci doit-il être rattaché ? Est-il le résultat d'une altération organique du tube œsophagien, d'un cancer ? ou bien est-il dû à une dégénérescence fibreuse spontanée des parois du conduit alimentaire, c'est-à-dire

sans que celle-ci soit le fait d'un traumatisme et en particulier d'une brûlure ? Enfin le rétrécissement fibreux est-il la conséquence d'une plaie, d'une cicatrice consécutive à l'ingestion d'un liquide corrosif ?

Il est évident que nous n'avons pas affaire dans l'espèce, à l'une de ces altérations de l'œsophage et qu'il s'agit d'une autre sorte de rétrécissement, d'un rétrécissement par spasme, lequel a été décrit sous le nom d'œsophagisme.

Un des caractères de l'œsophagisme, c'est en effet, d'être intermittent et de durer indéfiniment, et bien que cette affection soit plutôt l'apanage des femmes en raison de leur tempérament particulièrement nerveux et qu'elle soit au contraire assez rare chez les hommes, il n'est pas douteux que nous n'ayons affaire chez notre malade à un rétrécissement de cette nature.

La première raison à invoquer à l'appui de cette opinion est extrêmement probante, la maladie dure plusieurs années. Or, le cancer de l'œsophage a une durée assez courte, deux, trois, quatre mois, un an au plus. La mort ne tarde pas à arriver par le fait même de la marche du cancer et des troubles profonds qu'une lésion ainsi localisée apporte dans la nutrition.

De même un rétrécissement fibreux ne met pas tant d'années à parcourir les diverses phases de son évolution. Une autre raison pour repousser chez notre malade l'opinion d'un rétrécissement fibreux, c'est le caractère intermittent de l'affection. Cet homme qui était donc bien atteint d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage a été traité par cathétérisme et au moment où M. le professeur Péter faisait cette leçon il se trouvait bien amélioré.

A ce propos M. Péter rappela un autre cas de rétrécissement spasmodique qu'il avait vu dans le service de Trousseau.

OBSERVATION III

(Professeur Péter, Gaz. des hôp., 1875).

J'avais l'honneur d'être chef de clinique de Trousseau, quand on lui adressa de la province une pauvre campagnarde qui, depuis quelque temps déjà ne pouvait plus avaler. Il était en effet évident que cette femme depuis plusieurs semaines que durait sa maladie, avait notablement maigri et perdu ses forces. Cependant en raison des commémoratifs, de l'aspect évident de nervosisme que présentait la malade, Trousseau avait immédiatement diagnostiqué un spasme de l'œsophage. Séance tenante, il demanda une tige élastique, un peu de cire d'Espagne, qu'il façonna lui-même de façon à lui donner la forme d'une olive et improvisa une sonde. Il fit pénétrer avec une certaine difficulté cette bougie de haut en bas dans l'œsophage de la malade, et immédiatement après l'avoir retirée, il fit boire à celle-ci une tasse de bouillon. La déglutition se fit sans difficulté : le soir, la malade recommençait elle-même l'opération de Trousseau et le surlendemain, elle retournait dans son village complètement guérie.

OBSERVATION IV

(M. le professeur Peter, Gaz. des hôpit., 1885).

Instruit par le cas de Trousseau, relaté dans l'observation précédente, dit M. le professeur Péter, j'ai eu l'occasion d'opérer des

guérisons semblables. C'est ainsi que, d'un pays situé dans les environs de Paris, on m'envoya un homme qui ne pouvait avaler aucun aliment et qui quelques jours après retournait chez lui guéri par le procédé de Trousseau.

OBSERVATION V

(*M. le professeur Péter, Gaz. des hôp., 1885*).

Tout récemment encore, dit-il, en s'adressant aux élèves qui assistaient à sa clinique au lit du malade qui fait l'objet de notre observation II, vous avez pu voir à la consultation une jeune femme qui m'avait été adressée pour un rétrécissement persistant de l'œsophage. Elle était quelquefois des semaines entières sans pouvoir presque rien avaler, et à mesure que l'affection devenait plus ancienne, le rétrécissement allait croissant. Je pratiquai chez elle le cathétérisme de l'œsophage, après m'être assuré qu'aucun obstacle réel n'arrêtait la sonde, et que la seule difficulté qui s'opposait à son passage était une difficulté crampoïde, spasmodique, laquelle pouvait être facilement surmontée, sans que cet effort fit saigner la malade : je diagnostiquai un rétrécissement spasmodique. Elle nous raconta en effet que quelques années auparavant, elle avait perdu la voix pendant trois mois, c'est-à-dire qu'elle avait eu une paralysie des muscles phonateurs au lieu d'avoir une contracture des muscles œsophagiens. Le diagnostic se trouvait donc confirmé. Après l'introduction de la sonde œsophagienne, cette femme a pu pendant six ou huit jours, manger sans éprouver la moindre gêne dans la déglutition : puis des troubles reparurent. Je pratiquai de nouveau le cathétérisme, et j'appris à la malade à se servir de la sonde. A partir de ce moment, le spasme n'a jamais reparu et ne reparaitra probablement pas,

car la malade a foi dans sa bougie et sait le moyen de faire disparaître le rétrécissement s'il se représente.

OBSERVATION VI

Résumée (Seney thèse.)

Née au Indes occidentales, d'une famille de colons étrangers Miss X... est parvenue à sa quarantième année sans avoir cessé de jouir d'une bonne santé. Frappée trop tôt dans ses affections et dans sa position de fortune, elle a courageusement accepté la destinée qui lui était faite. Cette femme d'un esprit supérieur, avait lutté depuis longtemps contre l'infortune sans subir de défaillances. Mais le malheur finit par prendre le dessus : Miss X... devint excitable et bientôt elle souffrait tellement d'une constriction au niveau du cartilage thyroïde : qu'elle en perdait connaissance. Depuis environ quinze jours les aliments solides n'étaient plus avalés qu'avec difficulté, mais sans douleur ; à l'époque où le docteur Seney fut appelé les boissons ne pénétraient plus jusque dans l'estomac : à côté de cette dysphagie la malade accusait une violente douleur de tête. Depuis trois mois les périodes menstruelles, jusque là normales, se montraient insuffisantes et s'accompagnaient de tiraillements douloureux ; la dernière, qui datait de quelques jours seulement ; avait été particulièrement pénible. La malade une fois rappelée à elle par des compresses d'eau sédative sur la tête et par un liniment belladonné sur la région cervicale antérieure, qui avaient dissipé le spasme, eut recours pour prévenir le retour de la constriction aux inhalations de chloroforme jusqu'à anesthésie complète : des sangsues furent aussi appliquées sur les côtés du larynx : Rien ne fit, le spasme reparut tous les jours et abattait singulièrement la malade. La dysphagie

était toujours la même elle devenait même inquiétante. On eut recours au cathétérisme pour aller voir de plus près, par le moyen de la sonde, quelle pourrait être la cause de ce spasme excessif. L'opération ne réussit d'abord pas, la susceptibilité de l'œsophage ne se prêtant pas au passage de la sonde: au bout de huit jours on parvint enfin pour la première fois jusque dans l'estomac; le spasme était vaincu. On continue à sonder la malade tous les jours en même temps qu'on administrait des antispasmodiques; la malade commença bientôt à pouvoir avaler d'abord des bouillons, puis des œufs et des viandes. En même temps reparaissait la menstruation, avec douleur c'est vrai et peu abondante. Le traitement par le cathétérisme fut continué et après quelques alternatives de bien et de mal dans l'état de la malade tout rentra dans l'ordre. Le mois suivant les troubles menstruels se montraient normaux et le spasme avait complètement disparu. Dans la suite la malade donnait de ses nouvelles et se réjouissait du maintien de sa guérison.

OBSERVATION VII (*personnelle*)

Lé nommé X..., 39 ans, ouvrier typographe, entré au commencement de juin 1885, salle St-Jean-de-Dieu, où il fut couché au n° 30.

Il nous apprend que sa mère avait eu plusieurs attaques de nerfs.

Quant à lui il n'a jamais eu de maladie du genre de celle qui le mine maintenant. Il avait eu la rougeole à l'âge de cinq ans, il accuse plusieurs bronchites, une blennorrhagie.

COMMÉMORATIFS. — Depuis quatre ans, sans effort ni douleur, il rend tout ce qu'il prend, il sent sa nourriture s'arrêter sur le tiers inférieur du sternum, puis tout d'un coup tout est rejeté.

Depuis six mois son mal ne fait qu'empirer, à peine peut-il après plusieurs tentatives, faire parvenir un peu de liquide jusqu'à l'estomac. C'est ce qui l'a décidé à entrer à l'hôpital.

ETAT ACTUEL. — Homme petit, maigre chétif, mauvaise mine, mais nullement l'aspect cancéreux. La durée de la maladie et la nature des vomissements met d'ailleurs aussitôt M. le professeur Péter sur la voie du mal : il rejette d'emblée l'idée d'un néoplasme ; le malade, assez intelligent, n'accuse non plus aucun accident de nature à faire croire à un rétrécissement fibreux cicatriciel. Etant donné un petit tremblement nerveux, qu'on pourrait au besoin attribuer à l'alcoolisme, car cet homme est un buveur, on posa le diagnostic de rétrécissements spasmodiques de l'œsophage et immédiatement il fut procédé au cathétérisme aussi bien pour traiter l'affection que pour contrôler le diagnostic. La sonde s'est trouvée arrêtée vers le tiers inférieur du sternum et après un instant d'arrêt elle descendait d'elle-même jusque dans l'estomac, le passage était devenu complètement libre ; et en retirant la sonde on pouvait sentir que le calibre de l'œsophage était partout le même, c'était donc bien à un spasme qu'on avait affaire. A quoi fallait-il attribuer ce spasme ? Le malade lui-même se reconnaît nerveux ; c'est sans contredit là la grande cause ; c'est aussi un alcoolique, le malade ne s'en cache pas non plus, et il dit fièrement que dans son métier il faut boire. Vu cet alcoolisme, vu l'irritation que le passage de l'alcool à travers l'œsophage a pu produire sur les parois de ce conduit, M. le professeur Péter n'hésite pas à incriminer l'alcool ; c'est l'alcool qui, chez un nerveux, buveur, a réveillé le système nerveux et l'a fait déroger du fonctionnement normal.

Quel est maintenant le traitement qui a réussi à ce malade ? Il avait déjà pris du bromure et de l'iodure de potassium, ainsi que d'autres médicaments qu'il n'a pu nous nommer, rien n'avait fait. M. Péter lui aussi ordonna du bromure à la dose de deux grammes par jour ; mais il a fait plus : Trouvant les médicaments internes insuffisants pour un rétrécissement qui persiste depuis si longtemps, il attaqua le mal localement avec une sonde œsophagienne,

avec une sonde d'un petit calibre, la sonde se trouva arrêtée vers le tiers inférieur du conduit, mais bientôt le spasme céda sans qu'il fût obligé de faire le moindre effort et pénétra jusque dans l'estomac.

La sonde retirée, M. Péter fit avaler un verre d'eau, qui franchit l'obstacle et sans difficulté, et aussitôt après une bouchée de pain qui passa presque tout aussi facilement. Ce résultat obtenu : le même jour, à quatre heures de l'après-midi, le malade fut encore sondé, même résultat. Ce traitement fut répété les jours suivants ; quinze jours après, le malade mangeait tout à fait bien, et il sortait de l'hôpital muni d'une sonde pour s'opérer lui-même et continuer ainsi son traitement pendant quelque temps encore. Un mois après il revenait nous voir à l'hôpital, mais non pour se faire traiter, car il savait se traiter lui-même, mais il avait cassé sa sonde et il venait demander un bon pour une autre afin de pouvoir reprendre son traitement, qu'il avait abandonné un peu trop tôt, faute d'instrument. Il n'allait plus si bien car sa sonde s'était cassée dès le lendemain de sa sortie de l'hôpital. En repartant il nous avait promis de revenir si son mal ne céda pas. Il n'est pas encore revenu et tout nous porte à croire qu'il est complètement guéri.

OBSERVATION VIII (*personnelle*).

Un monsieur X..., de la Charente-Inférieure, marchand de liqueurs en gros, venait au mois de juin 1885, sur les conseils d'un de ses parents, médecin militaire, consulter M. le professeur Péter, au sujet d'une affection qui commençait à l'intriguer, vu sa longue durée. Il ne pouvait presque plus avaler aucun aliment solide depuis au moins deux ans. Cet homme, d'un tempérament nerveux, vivait depuis plusieurs mois de liquides : il aurait maigri beaucoup et de son propre avis, c'est à plusieurs kilos que se

porterait la diminution de son poids. Toutefois la durée de l'affection et l'aspect général du malade ne permettent pas de penser à un néoplasme, il n'a pas non plus eu d'accident de nature à faire croire à un rétrécissement organique autre. Il y a rétrécissement, c'est incontestable, les régurgitations de tous les aliments solides sont là pour l'attester et une sonde introduite dans le conduit œsophagien est arrêtée dès l'entrée de ce conduit. Il y a donc un obstacle. De quelle nature est cet obstacle? Le malade est un nerveux, il y a lieu de croire à un spasme. C'est dans ce sens qu'on formula le diagnostic et qu'on dirigea le traitement. Le bromure de potassium à l'intérieur et le cathéter porté directement contre l'obstacle en eurent raison. Il céda dès la première tentative de cathétérisme et sans aucune douleur. Le patient avala une bouchée de pain sans trop de difficulté. Cette petite opération fut répétée tous les jours deux fois pendant cinq jours. Au bout de ce temps, le malade quittait Paris guéri et emportant une sonde pour se sonder lui-même encore quelque temps.

Ce malade, comme celui de notre observation VII, était un nerveux et comme lui, il était un peu alcoolique, nous accuserons donc, comme chez lui, le nervosisme d'abord, comme cause prédisposante, l'alcool ensuite excitant les parois du conduit œsophagien comme cause déterminante.

· OBSERVATION IX (*personnelle*).

Le nommé Leroy, âgé de 52 ans, employé au chemin de fer de Lyon, vient une première fois à la consultation de M. le professeur Peter, le 4 avril 1886.

Ce malade se plaint de ne pouvoir avaler aucun aliment solide s'il n'est préalablement imbibé de liquide. Si la mastication ne se fait pas lentement et si les bouchées sont un peu fortes, elles sont rejetées violemment. Le malade se plaint de douleurs vagues qui

existeraient tout le long de l'œsophage. La maladie remonte à plus de dix mois : depuis cette époque, le pauvre homme vomit toujours ; il commence à s'inquiéter avec juste raison de son état. Depuis longtemps déjà il avait remis d'aller voir un docteur, mais enfin voyant que son mal ne faisait qu'empirer il se décide à aller consulter un médecin qui l'envoie à la Charité voir M. Peter. Cet homme a maigri énormément. Avons-nous affaire à un spasme de l'œsophage ou à un rétrécissement de nature organique : néoplasmique ou cicatriciel ? L'aspect général de notre malade ne nous permet pas de dire que nous avons devant nous un cancéreux ; il n'a pas d'ailleurs non plus les vomissements caractéristiques de cette affection. Pouvons-nous affirmer que notre homme est atteint d'un rétrécissement spasmodique ? Pas d'avantage, à première vue ; le début de l'affection étant très obscure et sa durée encore compatible avec un néoplasme. Interrogeons donc notre malade. Il a toujours eu une vie régulière ; il n'a jamais fait d'excès et il ne peut pas nous dire dans quel concours de circonstances sa maladie a débuté.

Il n'a eu ni chagrin ni peine, nous ne pouvons donc pas invoquer à l'appui d'un spasme, ce que Monnière appelle les affections vives de l'aine. Il ne se rappelle pas non plus avoir mangé quelque substance qui ait pu exciter son système nerveux au point de le détourner de ses fonctions normales ; il ne peut pas davantage accuser des intempéries ; d'imprudence, il n'en a jamais faite. Nous ne pouvons donc dévoiler aucune cause déterminante de spasme. Mais en regardant notre malade avec un peu d'attention, en le considérant un moment, nous voyons qu'il ne peut pas rester un instant tranquille à la même place ; c'est un nerveux. Etant donné ce nervosisme, M. Peter pense de suite à un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, écartant d'emblée le diagnostic de néoplasme. Pour s'en assurer, il pratique le cathétérisme avec une sonde œsophagienne d'abord, qui pénètre assez difficilement et ensuite avec un cathéter à olives : arrivé au niveau du spasme l'olive est arrêtée par une assez grande résistance qui cède au bout de quelques secondes, lorsqu'on insiste un peu. Puis une

fois le cathétérisme pratiqué, M. Péter fait manger au malade un morceau de pain, qui est avalé sans difficulté et sans qu'il soit imbibé. Le malade revient les 5, 6 et 7 avril et toutes les fois on le cathétérise puis il emporte une sonde avec laquelle il s'opère lui-même tous les jours. En dehors du cathétérisme on fait suivre au patient un traitement médical; il prend chaque jour une pilule de Méglin et deux ou trois cuillerées d'une solution de bromure de potassium (20 gr. pour 300).

2^e Consultation le 7 mai. — Un mois s'est écoulé depuis sa première consultation. Son état est beaucoup amélioré; les aliments passent bien plus facilement: il ne se plaint plus que d'une toux légère: à l'auscultation aucun signe, même de bronchite. Ce n'est donc qu'une toux nerveuse qui cédera au traitement par le bromure de potassium, les pilules de Méglin qu'on lui fait continuer, ainsi que le cathétérisme.

OBSERVATION X. (Personnelle.)

M. Rollepôt, 53 ans, gardien surveillant au Sénat, ancien maréchal des logis chef de la garde républicaine. Cet homme n'avait jusqu'à présent souffert d'aucune maladie sérieuse: à peine avait-il eu quelques bronchites. Il est très sobre; il n'a jamais fait d'excès en aucun genre. Il est marié et père de sept enfants.

Comme employé au Sénat il avait parlé de sa maladie à M. le docteur Claude, sénateur qui l'adressa à M. Péter qu'il vint consulter pour la première fois le 12 avril 1886.

Depuis plus de quinze mois, il souffre de douleurs assez vives le long du cou, entre les deux épaules, parfois à la pointe du sternum, parfois à la région précordiale. Il ne peut plus avaler d'aliments solides, le médecin qu'il avait consulté pensait, dit le malade, à un cancer de l'estomac. M. Péter ne se tient pas à ce

diagnostic ; l'aspect général du malade n'est en effet pas celui d'un cancéreux. Il est maigre et pâle mais n'a pas cette teinte terreuse caractéristique du cancer, et d'ailleurs le début de la maladie est déjà un peu éloigné pour qu'on puisse s'arrêter au diagnostic d'un néoplasme sans chercher à trouver une autre affection plus probable. Cette autre affection M. Péter crut l'entrevoir. Au premier abord il pensa à un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, des recherches plus approfondies vinrent confirmer ce diagnostic. Le cathétérisme fut pratiqué aussitôt, il révéla un spasme à la partie supérieure de l'œsophage. La sonde y passa partout assez facilement ; le cathéter retiré le malade put avaler quelques bouchées de pain même peu mastiqué, ce qu'il n'avait plus fait depuis plusieurs mois déjà. La même opération fut répétée les deux jours suivants le 13 et le 14 avril ; puis on lui apprit à se cautériser lui-même. Muni d'une sonde il se soigna chez lui en ce moment. Le 23 avril tout allait bien, il mangeait facilement tout aliment solide, il n'avait plus de douleurs ni de l'estomac ni du dos. Mais malgré le cathétérisme répété tous les deux jours, malgré le bromure de potassium pris à l'intérieur, ce mieux ne persista pas longtemps. Le malade est revenu le 31 mai se plaignant de la difficulté qu'il a pour avaler les aliments solides, surtout les aliments froids. Il ne constate plus d'amélioration dans son état : le passage du cathéter à olive à travers l'œsophage est devenu plus difficile que jamais, il se produit une contraction violente et douloureuse. Le temps ne nous permettant pas de différer plus longtemps la production de notre travail, nous sommes obligé d'en rester là avec cette observation que nous aurions été heureux de donner complète. Nous ne savons pas au juste ce qui va advenir de notre malade : son état s'est un peu aggravé ces derniers temps, devons nous en conclure qu'il ne guérira pas et que notre traitement n'est d'aucune utilité : loin de là, car à en juger par l'amendement survenu dès les premiers jours, sous l'influence du simple cathétérisme avec un cathéter à olive d'un certain volume il y a lieu d'espérer que ce moyen suffira à lui seul pour amener

la guérison ou tout au moins un très grand soulagement dans l'état du malade.

Nous nous sommes, jusqu'à présent, attaché à montrer les avantages du traitement par le cathétérisme. Sa valeur est incontestable et nous osons presque dire que le cathétérisme est le seul moyen de combattre efficacement un rétrécissement spasmodique sérieux, tenace. Mais voyons maintenant si ce moyen n'a pas d'inconvénient, s'il n'est jamais contre-indiqué. N'y a-t-il pas des circonstances dans lesquelles il doit être abandonné : le médecin ne doit-il pas quelquefois, suivant le précepte de P. Franck, s'abstenir pour ne pas rendre le mal plus grand, *saltem non nocere*? Nous répondrons à cela, et nous croyons avoir pleinement raison, que, conduite avec méthode, alors qu'il n'existe aucune lésion locale de nature inflammatoire ou organique, qui s'oppose à son libre jeu, la sonde est vraiment inoffensive. Nous n'hésiterons donc jamais à cathétériser les malades atteints de spasme de l'œsophage et pour que ce cathétérisme ne reste pas sans effet, pour qu'il produise son fruit nous aurons soin d'écouter M. le professeur Péter et de limiter : Tout son traitement du rétrécissement spasmodique de l'œsophage est contenu dans cette phrase (Gaz. des hôpitaux) : « Le fait capital dans le traitement de l'œsophagisme est de vaincre le spasme. Puis immédiatement après avoir ainsi violenté les fibres contractées de l'œsophage, on fait avaler un verre de liquide (ou une bouchée de pain) au malade, qui émerveillé de voir la déglutition se faire sans difficulté est convaincu qu'il guérira, prend confiance en soi-même et dans l'avenir. » Puisqu'il faut vaincre le spasme, apprenons donc les règles pour ce faire avec méthode et sans crainte de nuire à notre malade. D'une manière générale ne forçons jamais, si la sonde est arrêtée par un obstacle quelconque ne cherchons pas à passer quand même, attendons un instant avant de recommencer à avancer, quelquefois l'obstacle cède de lui-même et on peut aisément parvenir jusqu'à l'estomac. Si l'obstacle ne cède pas et s'il n'est pas urgent

de faire un passage remettons l'opération à un peu plus tard et changeons au besoin de sonde.

Quel est maintenant le mode opératoire pour cathétériser un œsophage ? L'opéré doit être assis sur une chaise.

L'opérateur la main droite armée de la sonde, la main gauche libre se place en face du patient. La bouche du malade étant largement ouverte et la tête renversée en arrière, l'opérateur glisse l'index de la main gauche jusque sur la base de la langue, en même temps de la main droite il pousse la sonde jusque dans le pharynx. L'index de la main gauche doit en ce moment couvrir l'épiglotte en même temps qu'accrocher l'extrémité du cathéter et la diriger vers l'ouverture supérieure de l'œsophage ; la main droite pousse à ce moment doucement la sonde qui une fois engagée dans le conduit œsophagien ne peut plus dévier de son chemin, il suffit de pousser avec ménagement jusqu'à ce quelle soit arrivée dans l'estomac. Dans l'œsophage normal cette opération ne comporte aucune difficulté et aucun danger. Dans les rétrécissements quels qu'ils soient il y a souvent au dessus de ces rétrécissements une espèce de cul-de-sac : si l'on poussait trop fort il pourrait en résulter des accidents très-graves, qu'il est bon d'éviter. Si donc nous recommandant chaudement le cathétérisme nous ne recommandons pas moins chaudement la prudence dans cette opération.

Que si nous avons envisagé un côté seulement du rétrécissement spasmodique de l'œsophage, ce n'est pas que nous nous dissimulions qu'il y aurait lieu de prendre cette question de plus haut et avec beaucoup plus de détails : nous regrettons de n'avoir pu la traiter dans son ensemble : l'étude de la symptomatologie de cette affection ne manquerait en effet pas d'être intéressante et féconde en résultats pratiques.

Nous avons simplement exposé les faits qui se sont passés sous nos yeux, ou qui nous ont été communiqués par des témoins autorisés, pour attirer l'attention sur quelques vérités méconnues ou plutôt délaissées : Tous nos efforts ont été faits pour sortir un

peu de l'oubli une affection si importante et encore si peu étudiée.
Que si nous avons pu poser un jalon de plus sur ce chemin presque inconnu, nous ne serions pas resté trop loin de notre but.
C'est à nos maîtres et juges qu'il appartient de prononcer.

Vu par le Président de la thèse,

Vu et permis d'imprimer,

PETER.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

Le doyen de la Faculté,

A. GRÉARD.

BÉCLARD.

